

случае (5,5%). Отмечалась хорошая переносимость препарата. Побочные реакции отмечались в 1 случае на фоне короткого периода премедикации фолиевой кислотой, в последующем не отмечалось. Гематологических осложнений, в том числе III - IV степени, не отмечалось. Оценка эффективности осуществлялась через 2-3 цикла лечения препаратом.

Выводы. У пациентов распространенным НМРЛ в удовлетворительном общем состоянии при прогрессировании на фоне лечения препаратами I линии в качестве второй линии химиотерапии отмечен хороший эффект на фоне применения Пеметрекседа. Кроме того, применение Пеметрекседа не сопровождается тяжелыми токсическими проявлениями. Привлекает также удобное введение препарата (10 мин.) как для пациентов, так и для медицинского персонала, несложная премедикация (проводимая амбулаторно).

НЕКОТОРЫЕ МЕДИЦИНСКИЕ И ПРАВОВЫЕ АСПЕКТЫ ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛИ ПРИ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ НОВООБРАЗОВАНИЯХ

П.Б. Зотов

Тюменский ООД

Боль является наиболее частым признаком распространенного опухолевого процесса, но лишь в немногих случаях пациенты получают адекватную терапию. Между тем в настоящее время имеется достаточный выбор анальгетиков периферического и центрального действия. В арсенале врачей так же имеются и немедикаментозные методы лечения боли (электроанальгезия, лазеротерапия и др.).

На практике эффективность противоболевой терапии часто недостаточна, что обусловлено рядом причин: отсутствием широкого применения диагностических шкал интенсивности боли; недостаточной дифференциальной диагностике болевых синдромов; незнакомством врачей общей лечебной сети с принципами системной фармакотерапии хронической боли; малым применением неинвазивных форм анальгетиков; неиспользованием нефармакологических методов лечения боли (электронейростимуляция, лазеро-, магнитотерапия) и др.

Ключевые слова: боль, хроническая боль, рак, лечение боли.

Боль является одним из самых распространенных и тяжелых синдромов при раке. Около 40% больных с промежуточными стадиями заболевания и 60-87% с генерализацией опухолевого процесса испытывают боль от умеренной до сильной [8], но лишь немногие из них получают адекватную анальгетическую терапию [1, 4].

Плохо контролируемый хронический болевой синдром (ХБС) ограничивает социальную активность и способность самообслуживания

больных, снижает качество их жизни [4], и нередко способствует формированию повышенной суицидальной готовности [3].

Оказание квалифицированной медицинской помощи пациентам с хронической болью является важной задачей в системе комплексного лечения онкологических больных, и требует от врача владения хотя бы минимальным объемом правовых знаний. В настоящей статье отметим лишь некоторые, на наш взгляд, основные правовые аспекты противоболевой терапии.

Наиболее широко оказание медицинской помощи гражданам отражено в Конституции РФ. Согласно ст. 41, п. 1 «Каждый имеет право на охрану здоровья и медицинскую помощь».

Более конкретно помощь лицам с болевым синдромом оговаривается в Федеральном законе № 30 в «Основах законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан» (1998). В статье 30 – «Права пациента» говорится: «При обращении за медицинской помощью и ее получении пациент имеет право на облегчение боли, связанной с заболеванием и (или) медицинским вмешательством, доступными способами и средствами».

В настоящее время объем «доступных способов и средств» достаточно велик. В паллиативной онкологии при оказании помощи больным с хронической болью наиболее оптимальным и простым является метод трехступенчатой системной фармакотерапии, предложенный в 1986 году экспертами ВОЗ [5].

Согласно этой схеме при хроническом болевом синдроме слабой интенсивности (I ступень) назначается периферический анальгетик (аспирин) в сочетании с адьювантными средствами. При боли средней интенсивности (II ступень) дополнительно добавляется слабый центральный анальгетик (кодеин). В случае сильной боли (III ступень) слабый опиоидный анальгетик заменяется на сильный (морфин), при условии сохранения получения больным периферического анальгетика и адьювантной терапии.

В модификации отечественных авторов [7] при умеренной боли (II ступень) вместо кодеина широко применяются промедол, просидол или опиоидный анальгетик трамал (син.: трамадол, традон, синтрадон и др.). При сильной боли (III ступень) вместо морфина назначают бупренорфин (син.: бупренекс, торгесик, сангезик, но-пен, норфин, анфин и др.). В случае очень сильных болей (IV ступень) рекомендуется применять морфий пролонгированного действия в таблетированном виде (напр.: МСТ-континус).

Новым подходом к контролю боли, активно внедряемым в практическую работу, в последние годы является использование трансдермального введения опиоидных анальгетиков.

Например, в трансдермальной терапевтической системе (ТТС) «Дюрогезик» в качестве

анальгетика используется фентанил. ТТС «Дюрогезик» представляет собой прозрачный прямоугольный пластырь, состоящий из четырех функциональных слоев. В направлении от наружной поверхности пластыря к коже слои расположены в следующем порядке: наружный защитный слой из полиэфирной пленки с нанесенной маркировкой обозначающей название препарата и его дозировку, резервуар с фентанилом, мембрана, регулирующая скорость выделения фентанила, и липкий силиконовый слой. Адгезивный слой покрыт защитной пленкой, которую перед употреблением удаляют. ТТС «Дюрогезик» имеет рабочую поверхность 10, 20, 30 и 40 кв.см., что соответствует выделению 25, 50, 75, и 100 мкг фентанила в час, что в перерасчете на суточную дозу составляет 0,6, 1,2, 1,8, и 2,4 мг соответственно [2]. Наш личный опыт применения «Дюрогезика» свидетельствует о его достаточно высокой эффективности.

Системная фармакотерапия может применяться самостоятельно или в сочетании с другими нефармакологическими методами.

В ранее действующем Приказе Министерства Здравоохранения РФ № 270 от 12.09.1997 г. «О мерах по улучшению организации онкологической помощи населению Российской Федерации» [5] в составе паллиативной помощи больным распространенными формами злокачественных новообразований указывалось на возможное проведение:

- паллиативных хирургических вмешательств (лапароцентез, торакоцентез, эпицистостомия);
- инвазивных методов обезболивания (проводниковая, эпидуральная, субарахноидальная анестезия, химическая денервация, хордотомия);
- детоксикации;
- электроимпульсной терапии;
- лазеротерапии;
- тиаминовых блокад и др.

Большинство из указанных методов, обладающих прямым или опосредованным анальгетическим эффектом, могут широко использоваться в амбулаторной поликлинической практике (исключая некоторые виды блокад), в условиях города или ЦРБ. Практически все эти методы могут применяться самостоятельно.

Хороший эффект при минимальных экономических затратах позволяют получить указанные выше методы физиотерапии:

- лазеротерапия (внутривенная, чрескожная и др.);
- электроимпульсная терапия (в виде чрескожной или транскраниальной электроанальгезии). Новым подходом является трантекальная электронейростимуляция.

В целом, предлагаемые в настоящее время для широкой практики методы лечения боли у онкологических больных, методически доста-

точно хорошо разработаны. Их правильное применение позволяет добиться полного контролирования или значительного снижения выраженности боли у подавляющего числа пациентов.

На практике эффективность противоболевой терапии, проводимой у онкологических больных в условиях общей лечебной сети, значительно ниже, что обусловлено рядом причин:

- отсутствием широкого применения диагностических шкал интенсивности боли (шкала вербальных оценок – ШВО; визуально-аналоговая шкала – ШВО);
- недостаточной дифференциальной диагностике болевых синдромов;
- незнакомством врачей общей лечебной сети с принципами системной фармакотерапии хронической боли;
- малым применением неинвазивных форм анальгетиков (капли, свечи, ингаляции, таблетки);
- неиспользованием нефармакологических методов лечения боли (электронейростимуляция, лазеро-; магнитотерапия) и др.

Следующий клинический случай из нашей практики наиболее полно характеризует описанные выше положения.

Клинический случай. Больная О., 72 г.

Диагноз: Рак тела желудка, 4 ст, 4 кл. группа. Болевой синдром.

Из анамнеза: опухоль была выявлена случайно, после госпитализации пациентки в экстренном порядке с диагнозом острого желудочного кровотечения. После остановки кровотечения больная находилась под наблюдением участкового терапевта в поликлинике по месту жительства.

(Далее в динамике указывается дата осмотра, жалобы больной и назначения врача – по данным точных цитат записей в амбулаторной карте.)

9 июня. Жалобы на выраженные боли в эпигастрии, голове. Назначено: баралгин по 5,0 в/м, при болях.

21 июня. Жалобы: выраженные боли. Назначено: промедол по 1,0 в/м 2 раза в сутки, реланиум по 2,0 в/м 2 раза в сутки, нозепам 2 таб. на ночь.

6 июля. Жалобы: не указаны. Назначено: промедол по 1,0 в/м 1-2 раза в день, трамал по 2,0 в/м 1-2 раза в день, реланиум по 2,0 в/м на ночь.

31 августа. Жалобы: периодические боли в эпигастрии. Назначено: промедол по 1,0 в/м 2 раза в день, трамал по 1 капс. 3 раза в день, реланиум по 2,0 в/м на ночь.

30 октября. Жалобы: улучшение состояния, уменьшение болей. Назначено: промедол по 1,0 1 раз в сутки, трамал по 1 капс. 3 раза в день, нозепам по 1 таб. на ночь.

11 ноября. Обнаружен труп больной. Больная повесилась у себя дома – завершённый суицид через повешение.

Экспертное заключение: при анализе записей врача в амбулаторной карте обращает внимание отсутствие в большинстве дневников описания локализации и характера болей. Согласно записям интенсивность болевого синдрома была максимальной в июне-июле. В дальнейшем, несмотря на прогрессирование рака, без расширения объема противоболевой терапии интенсивность боли стала снижаться (?). Дозы анальгетиков, назначаемых врачом в последний месяц жизни больной, снижались.

При анализе фармакотерапии боли можно отметить, что: на первых этапах лечения анальгетики назначались не по часам, по требованию – «при болях»; в последующем введение препаратов осуществлялось без учета длительности их болеутоляющего эффекта – «1-2 раза в день»; опиоидные препараты назначались на фоне опитных анальгетиков (трамал + промедол); вообще не использовались адьювантные средства, с учетом локализации опухоли Н₂-блокаторы, спазмолитики, гемостатическая терапия и др.

Можно предположить, что проводимое лечение сыграло не последнюю роль в совершении самоубийства больной. Хотя для достоверных выводов необходим весь комплекс психосоциальных и медицинских данных.

Тем не менее, при определенных условиях, приведенный клинический случай может подпадать под действие статей 110 и 124 Уголовного Кодекса РФ: статья 124 «Неоказание помощи больному» и статьи 110 «Доведение до самоубийства».

Таким образом, приведенные в настоящей работе данные свидетельствуют о важности правовых аспектов при оказании помощи онкологическим больным с хронической болью. Работа врача должна учитывать не только права пациента, но возможность уголовной ответственности за причиненный вред здоровью.

Литература:

- Исакова М.Е. и соавт. Лечение болевого синдрома у онкологических больных. – М.: М., 1994. – 192 с.
- Брюзгин В.В. Современные аспекты лечения хронической боли у онкологических больных // Тюменский медицинский журнал. – 2009. - № 3-4. – С. 90-93.
- Зотов П.Б. Суицидальное поведение больных распространенными формами злокачественных новообразований // Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. – Уфа, 1998. – 20 с.
- Новиков Г.А., Осипова Н.А., Прохоров Б.М. Современное состояние и перспективы развития паллиативной помощи онкологическим больным // Рос. онкол. журнал. – 2001. – № 2. – С. 49-52.

- О мерах по улучшению организации онкологической помощи населению российской Федерации. Приказ МЗ РФ № 270 от 12.09.97 г. – 32 с.
- Обезболивание при раке // ВОЗ. – Женева, 1994. – 56 с.
- Осипова Н.А. Порядок и сроки назначения наркотических анальгетиков / методические указания. - Москва, 1999. – 20 с.
- Bonica J.J. The management of Pain. 2nd edit. Vol. 1. Philadelphia. London, 1990. – 958 p.

ГАСТРАЛГИЯ ПРИ РАКЕ ЖЕЛУДКА: КЛИНИКО-ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ. ОБЗОР

П.Б. Зотов, А.В. Прохорченко, С.А. Ральченко

Тюменский ООД

Представлен обзор литературы по гастралгии при раке желудка. Показано, что в патогенезе боли имеют значение локализация первичной опухоли, состояние слизистой, уровень секреторной активности, рН-среды, сопутствующая патология и др. Фармакотерапия гастралгии при распространенном раке желудка должна проводиться с учетом патогенетических факторов.

Ключевые слова: рак желудка, гастралгия, боль, патогенез.

Болевой синдром является наиболее частым клиническим признаком при опухолевых заболеваниях желудочно-кишечного тракта. При распространенном опухолевом процессе желудка этот симптом обычно приобретает ведущее значение, во многом определяя состояние больного, уровень показателей качества его жизни [41, 94].

В 1986 году экспертами ВОЗ опубликована и рекомендована для оказания помощи онкологическим больным с хронической болью трехступенчатая схема системной фармакотерапии, подразумевающая применение различных классов анальгетиков и адьювантных средств, в соответствии с выраженностью боли [36, 37]. Внедрение той схемы во многих странах мира, в том числе и России, позволило значительно повысить эффективность болеутоляющей терапии [2]. Так, если в 80-е годы неадекватное обезболивание получали 67% пациентов, то к середине 90-х годов этот показатель уменьшился до 37-38% [72, 120].

Установлено, что полное контролирование болей при использовании комплекса современных лекарственных средств и нефармакологических методов на основе трехступенчатой схемы ВОЗ, можно достичь у 90-93,5% больных распространенным раком желудка. Однако эти показатели относятся лишь к специализированным противораковым центрам. Большинство пациентов получают лечение амбулаторно, что приводит к недостаточной эффективности терапии [120, 126].